

Psicóticos en el geriátrico

Guillermo Rendueles

Médico Psiquiatra
CSM IV Gijón. Profesor de UNED

Planificar como debe ser la asistencia psiquiátrica tiene algo de profecía: debemos reformar esto o aquello porque en el futuro las necesidades de la población van a evolucionar en el sentido que yo afirmo: para heroinómanos por ejemplo, servicios de atención psiquiátrica de corta duración y preveo la no cronicidad de la adicción e integrados en la comunidad (previsión de integración social).

Recientemente el Profesor Amando De Miguel¹ ha ganado el más importante premio de ensayo de Asturias con un texto sobre las profecías científicas, históricas o sociológicas que no se cumplieron. Profetizar con acierto es lo específico de la ciencia: Einstein “acertó” el comportamiento de la luz en un eclipse que se produjo unos años después de formular su teoría sobre la relatividad. Pero en la historia desde Popper² es incluso cuestionable que el intento de obtener leyes o tendencias sobre el comportamiento de los grupos humanos no sea una estratagema del déspota para imponer un camino de sumisión a las gentes.

El discurso del amo moderno encarnado en el político o el gerente –frente al déspota que dirige la historia por su voluntad benevolente- siempre parte de esa saber sobre las necesidades de las poblaciones y la dirección del futuro de la sociedad.

La moderna gobernabilidad -nos enseña Foucault-³ siempre parte de unas “ciencias” que convierten al amo en sabio filantropo: como sé, -historia-economía-sociología-encuestas-, que en el futuro las gentes se las arreglarán sin psiquiátricos y con pocos psi determino un plan de asistencia con camas escasas y dispositivos asistenciales basados en tomas a carga de pacientes limitadas en el tiempo pues nadie va depender de por vida de la red psiquiátrica. Cuando las poblaciones piden asilos y guías psi que tutelen sus vidas desde el

nacimiento hasta la muerte, la falsedad de la profecía no se acepta y se modifican los detalles para mantener la verdad de la teoría y la corrección del plan.

En ese sentido, el mantenimiento de retóricas reformistas o comunitarias en asistencia psiquiátrica en tiempos del individualismo egoísta que como los presentes convierten a cada usuario en un “free reader”, en un gorrón que busca satisfacer sus deseos de asistencia psiquiátrica para pequeñas quejas sin importarle el psicótico que espera tratamiento para sus graves trastornos, tiene todo el patetismo de la rigidez cognitiva de los grupos religiosos que anunciaron el fin del mundo para el año 2.000 y cuando no se produjo continuaron su culto porque fue gracias sus oraciones las que evitaron el Apocalipsis.

Señala De Miguel en el libro ya reseñado que de entre todas las profecías sociológicas, las que equivocaron las tendencias hacia crecimientos o disminución de poblaciones son las más catastróficas para los gobernados o valdría decir “planificados” que las sufren. Si alguien como Leguina que reúne la doble condición de amo, -presidente de la Comunidad de Madrid-, y sabio –profesor de geografía de poblaciones- anticipa que la población de la capital debe dejar de crecer o aún disminuir y planifica los servicios públicos en ese sentido mientras la población de Madrid se duplica en una decena de años, su falsa predicción desorganiza toda la vida social para un

largo periodo de tiempo.

En la asistencia psiquiátrica española la deriva de la población hacia tasas de envejecimientos inverosímiles en los años 70 ha ocasionado una catástrofe similar: un modelo de asistencia planificado para jóvenes que tras una psicoterapia breve lograrían vivir de forma autónoma se ve desbordada por unas demandas que desde la toxicomanía a la neurosis y no digamos a las psicosis se cronifica y envejece en el interior del sistema de cuidados del que no sale mas que “con los pies por delante” como me decía un paciente al que trataba de dar de alta.

La Vejez de una Ilusión

Por ejemplificar la catástrofe del envejecimiento nada mejor que el caso asturiano. En Asturias la deriva de la población en este territorio indica que antes de 10 años menos de 1 millón de habitantes⁴ serán los gobernables por un pomposo gobierno que ejercerá su autoridad sobre una población similar a la que tutela el concejal de algún populoso barrio de Barcelona.

El 30 por ciento de esa Población Asturiana será mayor de 65 años y el Índice de Vejez en algunas comarcas asturianas superara el 3 (300 personas mayores de 65 por cada 60 personas menores de 20 años). Esa tasa de envejecimiento es cuatro veces superior a la media nacional y si se une al dato de que Asturias tiene el menor índice de fecundidad de Europa dibuja un mapa poblacional terrorífico a diez años vista con una población de menos de un millón de habitantes viejos y pensionistas.

Frente a esa realidad toda la reflexión psiquiátrica reformista tuvo como centro -tanto a nivel psicopatológico como institucional- la teoría del joven esquizofrénico institucionalizado. El modelo que da pie a todas las practicas reformistas en salud mental se basan en la consideración de que tanto la expresión de la psicosis en su fase aguda como la cronicidad hacia el defecto son falsas realidades -son el Doble de la Enfermedad Mental que decía Bassaglia⁵- provocada por la asignación de una pseudoidentidad de loco y un tratamiento maniomial que recrea como las conductas animales en el zoológico, un rol de enfermo mental con unos pasos de carrera que planifican el futuro en función de la etiqueta

diagnostica. Etiqueta que es una pseudo-enfermedad que determina el futuro del psicótico no tanto como evolución natural de la enfermedad mental sino como “el doble de la enfermedad” asignado por esa lógica de la exclusión.

De ahí que el centro teórico de la psicopatología clásica -el Defecto psicótico⁶- lejos de ser el resultado natural del deterioro de la enfermedad, sea el resultado de la pobreza de la institución de tratamiento que lejos de curar los síntomas negativos los crea.

Tampoco la sintomatología positiva es para la teoría antipsiquiátrica- siempre latente en los modelos de practica reformista -el producto de la fase aguda de una enfermedad-, sino la mezcla de un fracaso en el proceso de desarrollo de la autonomía juvenil. Fracaso rotulado como psicosis en base a la colisión de la familia con las instituciones psiquiátricas totales para confundir el deseo de libertad del joven mistificando la comunicación (doble vinculo, falseamiento de la experiencia juvenil) y justificando la micro violencia cotidiana en la familia como normalidad con la necesidad de conformismo social (rotulando como enfermedad las desobediencias familiares o sociales).

El manicomio como institución a destruir en los años 70, no era en el ámbito epistemológico sino el paréntesis que había que abrir en unos textos sobre la locura que nunca se había conocido como tal sino encerrada en un discurso satélite al manicomio. Sabríamos de la enfermedad mental una vez se pudiese manifestar sin esa estructura que la había secuestrado, sin permitir nunca conocer como era una locura real fuera de aquellas instituciones que creaban etiquetas de catatonias o furias al ser confinadas en pabellones para furiosos o catatónicos.

En idéntico sentido la reflexión psiquiátrica de esos años sobre la familia, el mundo del trabajo o la sociedad giraba en torno al análisis de sus papeles en la génesis de las actuales formas de locura y recepción post-manicomial del joven psicótico.

Los análisis de las familias patológicas de esos años con sus figuras estáticas de las madres o padres esquizofrenogenos trataban de explicar la relación del pensamiento auto referencial o sobre inclusivo del joven psicótico con la crianza bajo el influ-

jo de una madre que piensa tener un bebe mágico en torno al cual gira el mundo y que por tanto debe observar lo que ocurre como si fuese el centro de ese mundo.

O el contagio directo de la paranoia por un padre realmente perseguidor que confirma al futuro psicótico que el mundo es un lugar peligroso ante el que toda vigilancia es poca. En el mismo sentido la mixtificación de la experiencia real -tu madre sabe que tu tienes sueño y aunque tú no lo sientas así debes irte a la cama- con el doble vínculo y todas patologías que entonces parecían hacer comprensible un mundo que el viejo pensamiento psicopatológico definía por oposición como explicable.

La Cronicidad por ello era un pseudo concepto producto en general del abandono socio-familiar del loco y de la pereza intelectual de los psiquiatras. El amor al manicomio, el mantenimiento de su necesidad suponía mantener el dogma de la complementariedad de una institución conflictiva y asilar con una personalidad defectuada e incapaz de interactuar en la sociedad real definida precisamente por la necesidad de resolver interacciones conflictivas continuadas.

La profecía reformista sobre lo social -lo comunitario- partía de concebirlo como un espacio lleno de redes sociales en las que una vez limpiadas de prejuicios contra la enfermedad mental, el psicótico sería acogido, aceptando sus diferencias o rarezas en un clima de tolerancia y protección donde los "terapeutas silvestres" serían la norma frente la exclusión manicomial.

El mundo del trabajo sería de nuevo una estructura acogedora del diferente, que articularía el tiempo cotidiano del psicótico logrando la realización de objetos intermedios que de nuevo abrirían grupos sindicales o de vida que soportarían al psicótico de forma solidaria.

Versión rosa del destino de las personas dadas de alta en las instituciones psiquiátricas o de los diferentes que gracias a la desinstitucionalización no llegan a ingresar y de su integración social que se pueden ver reflejadas en algunas películas de la época como *Locos a Desatar*.

Nada de ese programa se cumplió: la precariedad del trabajo, la sociedad de los individuos o la familia de afinidad sustituyó a los viejos sueños.

Para acabar de frustrar el viejo sueño la

deriva poblacional hace que el problema relevante de los tratamientos psiquiátricos en Asturias sea la vejez.

Vejez como envejecimiento de los pacientes psicótico y vejez como reclutadora de nuevos pacientes hace que el programa epistemológico psiquiátrico deba cambiar para adaptarse al análisis de la enfermedad mental en la vejez, asumiendo de nuevo la doble cara de lo psicopatológico y lo institucional de esta nueva realidad.

Nueva realidad tanto mas manifiesta como la disminución sobre la incidencia administrativa de la Esquizofrenia en Asturias que los análisis que Celso Iglesias⁷ acaban de demostrar y como la practica diaria no hacen sino reflejar: en los Centros de Salud Mental las hojas de actividades muestran la disminución del tiempo dedicado a los casos de esquizofrenia frente a la inundación de peticiones de tratamientos de todo tipo de patologías menores que consumen la mayor parte del tiempo de trabajo psiquiátrico.

En cifras concretas durante el año 1999 acudieron a algún centro de salud mental en Asturias 32.000 pacientes, cuatro veces más que hace 15 años pero 100 psicóticos menos.

Respecto al tipo de asistencia dispensado en 1999 Asturias llega casi a consumir un millón de envases de algún psicotropo por año. Dos ansiolíticos menores ocupan el segundo y tercer puesto de las prescripciones sanitarias solo superadas por el gelocatil. De la inocencia del planificador para intuir y aceptar que la demanda de fármacos era el centro de la asistencia en Salud Mental da cuenta la proporción de personal en los equipos de salud mental que pueden o no recetar, siempre triplicada o cuadruplicada a favor del gremio prescriptor.

Cronicidad Psicótica en la Vejez

Los años 70 recogieron los trabajos dirigidos por Muller en Suiza⁸ sobre una Psicogeriatría muy influida por los modelos asistenciales del sector. Dichos programas de asistencia dotados de unos medios económicos casi ilimitados ofrecían una cobertura absoluta de la población de los prósperos cantones de los años 70 y un ambiente de investigación que permitía reuniones con familiares traídos desde la emigración para comprobar alguna hipóte-

sis de Mara Selvinni

El programa epistemológico que Muller propone de cara a la relación Esquizofrenia -Vejez se esquematiza en los siguientes esquemas .

El primero se refiere al Debut de cuadros psicóticos en la vejez que no llegarían al 10% de la población de psicóticos atendidos en Suiza y a los que se llegarían por

- a) Psicosis Tardías: cuadros delirante –alucinatorios sin ningún antecedente previo (2%).
- b) Depresiones Involutivos o Cuadros Afectivos Tardíos: en propiedad escasa y con un diagnostico poco claro(3%).
- c) Demencias de Inicio Confuso con sintomatología depresiva o psicótica pero que evolucionaban hacia el defecto senil (5%).

Respecto al problema de si los defectos esquizofrénicos y seniles se suman o por el contrario el autismo psicótico es una especie de protector contra el deterioro normal de la edad los resultados de Muller son inequívocos:

- 1) La vejez aumente el defecto cognitivo sumando un cuadro de amnesia –apraxia-agnosia al defecto atencional– ejecutivo de la psicosis.
- 2) La vejez empeora el autismo y el defecto afectivo psicótico aumentando el déficit en control de impulsos y la incontinencia afectiva.

Frente a los síntomas negativos la evaluación de los síntomas positivos es mucho más optimista: la practica totalidad de esquizofrénicos viejos podían disminuir sin reactivación sintomática las tasas de neuróticos que no influyan demasiado en las posibles líneas evolutivas:

- a) Disolución del delirio con persistencia de temple o humor delirante.
- b) Banalización del Delirio: las alucinaciones o las ideas delirantes no influyen en la conducta del paciente.
- c) Cambio del Delirio Paranoide al Delirio Nihilista.
- d) Compensación del delirio
- e) Extensión del delirio y encierro en Mutismos mas o menos agresivos.

Si la experiencia Suiza es aprovechable y

los datos clínicos en nuestras consultas sobre psicótico viejos así lo indican tendremos por delante unas necesidades que exigen un programa de atención que prolongara con mas de lo mismo la situación actual. Si la psicosis se subsume como deterioro natural de la edad incluíble en las demencias y los síntomas positivos se compensan o no empeoran el reclutamiento de pacientes viejos vendrá de los campos de la psiquiatría menor.

Trastornos psicossomáticos que son rechazados como funcionales, trastornos del malvivir en soledad o en mala compañía, subdepresiones, hipocondriasis que reproducirán en el consultorio psiquiátrico el horror de esa conversación del viejo que cuenta como heroicidades sus achaques: mi intestino funciona hoy pero no mi riñón, duermo a deshora, aguante tal enfermedad a pesar del maltrato medico o la gravedad del mismo.

La vejez y el asilo

La salida de psicóticos de los manicomios hacia un lugar en ninguna parte llamado comunidad ha generado en algunos casos en que la familia no aceptaba el cuidado, un destino bien funesto: recalar a vivir en esos nuevos territorios de exclusión llamados residencia geriátricas o hogares para la tercera edad, que como hongos crecen sin control en cada rincón ciudadano o campesino donde la codicia sugiera que la tutela es un buen objeto de ganancia.

Nuevos filones de empleo que se dice en jerga postmoderna para designar la profesionalización de las viejas tareas de cuidado familiar y no mercenario. Dificultades de relación del psicótico con padres económicamente pudientes, ausencia de familia con el suficiente entusiasmo para tolerar rarezas de comportamiento, falta de tiempo de grupos familiares que no dudan en enviar al asilo a sus padres sanos si dificultan la trepa social, son los itinerarios habituales que hacen ver que el psicótico debidamente sedado, con el apoyo de la red publica y la posibilidad de ingreso en las unidades de agudos si se producen recaídas, también puede ser un buen cliente de estas Residencias que pueden así ampliar un mercado que aun floreciente por las pirámides de población ya comentadas, conviene diversificar y ampliar en lo posi-

ble con esta clientela rechazada por el manicomio.

El internamiento del psicótico en esas instituciones de viejos convierte al esquizofrénico en una especie de Aristocracia Asilar semejante a la que en los antiguos manicmios formaban los alcohólicos. Aristocracia de un grupo de internos con un poder y unos recursos muy superiores al de los aislados ancianos que los convierte en fáciles víctimas que por ejemplo se evidencian en algunos casos en los que la psicosis tiene conductas descontroladas en el campo sexual como en el caso que presentamos y donde la cohabitación esquizofrénica-seniles genera verdaderos abusos.

Gerardo:

Se trata de un varón de 34 años, quinto de una fratria de 6 hermanos todos vivos, con otra hermana psicótica que vive en otra residencia para ancianos. Gerardo ha sido tratado por psiquiatras y psicoterapeutas de Asturias y Madrid durante 8 años con accesos las mejores clínicas publicas y privadas que incluyeron tratamiento psicoanalítico que no evitaron diversas recaídas de cuadros delirante-alucinatorios de contenido paranoide. En su ultima crisis hace 5 años su familia con su consentimiento deciden que debe vivir asilado y como tiene pensión y alguna renta no parece existir problema: continuará su tratamiento psiquiátrico en su CSM y vivirá como de pensión en la residencia con libertad vigilada para entrar y salir.

El motivo actual de acudir a la consulta del CSM desde la residencia donde vive, es haber sido sorprendido en la cama de una paciente demenciada realizando practicas sexuales que Gerardo afirma ha realizado en otras ocasiones con otras ancianas y que ya fue motivo de expulsión de otra residencia de ancianos donde se internó anteriormente.

Gerardo plantea el problema de forma apersonal, como un impulso descontrolado sobre el que ha pedido consejo en diversas ocasiones y de cuya puesta en acto él no se siente moralmente responsable: "los médicos me mandan acudir a prostitutas quincenalmente o masturbarme y así lo hago. También me confieso habitualmente y pido consejo al confesor que lo reenvía al medico con el clásico "lo suyo es de psiquiatra".

Según la familia, Gerardo ha sido definido por la psiquiatría (¿) como un enfermo crónico, que no va a llevar una vida normal nunca -ya tuvo muchos intentos de cura fracasados con los mejores técnico- y al que la familia no quiere mantener porque no se ve ningún balance positivo en ese vivir en familia.

Nada positivo para él -cambio en su calidad de vida- entre vivir en familia y vivir en una "buena residencia" y si en cambio una mala vida para los miembros sanos que desde luego no van al psiquiatra a dejarse juzgar respecto a la moralidad o inmoralidad de su rechazo sino a recabar tratamiento para adaptar al paciente a la residencia escogido por ellos para que viva y atenuar los síntomas sexuales de Gerardo. Además la evaluación familiar de la vida asilar de Gerardo no puede ser más positiva: en los dos últimos años que ha vivido en dos residencias geriátricas Gerardo no ha tenido ninguna recaída que exija las antiguas hospitalizaciones y se mantiene con una dosis de neurolepticos mucho menor que cuando vivía en familia.

Cuando con un hermano comentamos la pobreza de su vida social niega tal argumento aportando como prueba que el le facilita un contacto con una prostituta a la que acude quincenalmente o cuando le parece desde la residencia geriátrica y que antes de tomar esa determinación Gerardo era virgen. En idéntico sentido afirma que el tiempo de Gerardo en la residencia es más acorde con el que su enfermedad le provoca que la vida entre normales que viven a sus asuntos: en casa nadie jugaba a las cartas con él, cuando se levantaba de la cama ya no había nadie en casa, vagabundeaba por Gijón solo y solo formalmente vivía en una familia que no comparte tiempos comunes, frente a la pseudocomunidad de la residencia donde los tiempos comunes son similares -según este hermano de Gerardo- "a un colegio mayor o algo así".

El discurso del enfermo se plantea en cambio fuera de este discurso de la cronicidad: él padece depresiones de repetición, pero piensa en curarse, trabajar percibe una pensión de invalidez), y llevar una vida familiar normal que sirva además de reparación a la mala crianza recibida en su familia de origen.

Su visión del geriátrico donde vive y de otros geriátricos en los que ha vivido es la de un huésped aristocrático, que aunque esté allí, no es de allí: tiene que aguantar los rollos de los viejos o de otros asilados, a los que por otro lado ayuda, pero él piensa que está más cerca por edad y actividad del personal cuidador que de los internos ancianos.

Esa ambigüedad de su posición le ha ocasionado algunas consultas de urgencia ya que en ocasiones verbaliza deseos sexuales hacía el personal cuidador que inmediatamente le califica de peligroso y el aumento de la vigilancia descubre el sexo con ancianas que obligó en alguna ocasión a echarlo de la residencia en que vivía. Al margen de esa sexualidad Gerardo lleva una placida existencia de juegos de cartas con residentes y visitantes, regalos a los cuidadores, charlas piadosas con algún cura que visita la residencia.

Ambigüedad que preside igualmente su relación con el medio rústico donde esta situado el geriátrico: dado que Gerardo sale cuando quiere, visita el bar y la iglesia de la aldea se constituye como un vecino más. Pero de nuevo es un vecino singular que se define, como un visitante no integrado: no juega las cartas con los jubilados del bar sino que hace solitarios, no se confiesa con el cura rural pero asiste a misas, funerales o bodas de la parroquia ante la extrañeza de los rústicos que naturalmente ya lo han bautizado como el loco.

En sus diálogos terapéuticos (¿) Gerardo percibe a la perfección sus dilemas vitales y los límites de sus elecciones: ni psicoterapia, ni fármacos, ni corrientes, lo normalizan por lo que su carácter de enfermo crónico es un punto de partida aceptado y negado a la vez por la esperanza de una cura futura con "los avances de la psiquiatría." Con igual ambivalencia acepta la imposibilidad de vivir con su familia o en un ámbito sin tutela -en un apartamento propio al que por economía tendría acceso- ya que ese proyecto se aplaza hasta el matrimonio y la normalización. Así Gerardo envejece en la espera y al final ya estará en la institución adecuada a su patología.

Mis débiles intentos de ensayar una reintegración familiar o social son rechazados por Gerardo con un dicho referido a la familia con la fuerza lógica de un axioma "ellos no quieren y yo no puedo".

El asilo permitiría equilibrar en el discurso de Gerardo ese doble deseo de autonomía reservada para un futuro que no llegara nunca y el consentimiento con la tutela real que se prolongara para siempre.

Con ello todos contentos si logramos limitar el deseo sexual de Gerardo a la abundante oferta de sexualidad mercenaria que cualquier diario oferta. El futuro de nuestro paciente se adaptará así a una sociedad en la que el lucro y las heladas aguas del cálculo egoísta se han impuesto.

Manuela:

Se trata de una maestra de 36 años que ha sufrido varios brotes psicóticos con sintomatología delirante alucinatorios desde los 20 años. Dichos episodios remítan sin defecto posterior aparente con dosis medias de neurolépticos y sin necesidad de ingresos psiquiátricos salvo el primer episodio que permaneció ingresada durante dos semanas.

Por ello no planteo problemas de exclusión social mientras vivió en familia y logra terminar su carrera y oposiciones.

Trabajar como maestra en la escuela pública y vivir independiente provocó por el contrario que crisis con similar psicopatología la condujesen a su actual asilamiento en una residencia de la tercera edad.

En el principio fue su jubilación forzosa. Los trastornos de conducta que una crisis psicótica le producen cuando trabaja en la escuela han sido percibidas como peligrosas por parte de las Asociaciones de Padres de Alumnos que han forzado a la inspección médica a dicha jubilación forzosa al manifestar los padres asociados su negativa a exponer a sus tiernos vástagos a los peligros de la locura de Manuela. Ni siquiera en el papel de bibliotecaria o el rol burocrático en la secretaria de la escuela ofrecido por los compañeros de Manuela a los influyentes padres logra hacerlos desistir de sus deseos de exclusión finalmente logrados con la invalidación legal.

Entre tanto por el fallecimiento de su madre su medio familiar de apoyo esta constituido por una hermana casada a la que ha agotado en su disponibilidad de ayuda, tras abandonar durante episodios psicóticos pisos y pensiones que ella le había buscado. El agotamiento se formaliza cuando tratamos de hablar con ella



desde el Centro de Salud Mental con la frase lapidaria sobre Manuela de que "no quiere saber nada de ella y que bastante tiene con cuidar de su marido e hijos".

Su padre jubilado de la guardia civil y casado en segundas nupcias siempre se lleva mal con la paciente y actualmente lleva una vida de invernar en el sur de España y "apurar la colilla de la vida en el tiempo que queda". En dicho plan vital no entra en absoluto el cuidado de Manuela "que bastantes disgustos ya le ha dado".

Los intentos de vivir sola de Manuela se han saldado con múltiples fracasos. Abandonos de tratamiento, negativas a abrir a la puerta a los trabajadores de ayuda a domicilio, fuertes discusiones vecinales con denuncias de los mismos, conductas de abandono de cuidados higiénicos mínimos durante crisis que se prolongan y en las que Manuela llegaba a pasar meses sin apenas salir de casa.

De nuevo un acuerdo familiar entre su padre y hermana, la sitúa en una residencia de ancianos al ser dada de alta de una clínica psiquiátrica y no tener ni casa, ni red social y poseer en cambio una buena pensión económica.

La adaptación inicial al asilo es buena. Manuela tiene habitación propia y autonomía para entrar o salir a su aire, entablando incluso relaciones de amistad con cuidadoras a las que orienta escolarmente, pero progresivamente se encona el trato y aparecen vivencias de abuso. Manuela acusa al dueño de la residencia de robarle, de intentar mecarse en su cama y de impedirle llamar por teléfono pidiendo ayuda judicial.

En su primera entrevista en el CSM al que llega en plena crisis a petición del médico de dicha residencia, protesta, por estar secuestrada en dicho asilo por la "conveniencia de familia, psiquiatras y dueño de la misma".

Tras la contención de la crisis con neurolépticos la propia Manuela acepta rotular como patológico su deseo de salir del medio tutelado y acepta el consejo coaligado de todos sus cuidadores, sobre su incapacidad después de tantos fracasos para vivir de forma autónoma, aceptando la residencia tutelada como su hogar natural. Acude periódicamente al CSM con un discurso pobre —estoy bien, no tengo delirios— y limitado a los neurolépticos que toma.

y limitado a los neurolépticos que toma. Rechaza hablar sobre el futuro en general o plantearse algún tipo de cambio vital.

Hacer una Maleta Para Marcharse de Casa

La violencia de los viejos internamientos manicomiales presididos por la violencia, las ataduras o la camisa de fuerza y sus vivencias de maltrato contadas a posteriori por los pacientes nunca llegaron a impresionarme tanto como el relato de como Ana llega la Residencia Mixta de Pensionistas de Gijón dependiente del Insero y que agrupa ancianos de toda España.

Ana:

Es una maestra de 73 años que nació y vivió en Salamanca y reside actualmente en una Residencia Mixta de la SS de Gijón. Tras comentar ideación suicida con el médico de la misma llega al CSM con el oportuno diagnóstico y tratamiento de Depresión.

En la entrevista nos cuenta como fueron los días previos al ingreso durante los que tuvo que "levantar" "la casa de maestra" en la que había vivido 45 años. Allí había perdido marido y vista, dependiendo en los últimos años de la benevolencia de colegas de toda la vida que tras la jubilación desaparecían, mientras el "bloque de los maestros" se convertía en viviendas sociales habitadas "por asociales que me hacían la vida imposible".

Tras denuncias múltiples de esa vida imposible con la nueva vecindad provocada por las quejas de nuestra paciente de pequeños robos, ruidos vecinales hasta altas horas de la madrugada por juergas, cartas sobre trapicheos de drogas en su portal y alguna amenaza, los servicios sociales decidieron ofertarle la Residencia Gijonesa que tras una corta espera "le toco por turno y puntuación".

Su descripción de como se acumulan y se descartan en una maleta para llevarlos o abandonarlos los objetos familiares que componen una vida, como se desamuebla un hogar que con tanto sacrificio se coleccionó, como se cierra una puerta de la calle para no volver a entrar o como se cruza la calle para marcharse de casa dudando en abrir el gas para quedarse o dar un salto

mortal bajo el camión tenía el tono frío de quien se arrepiente por su falta de valor para un acto suicida que le hubiese hecho terminar su vida serenamente.

Su acomodación a la residencia no podía ser peor y ello justificaba una depresión para la que no solicitaba ayuda pero que es “descubierta” por sus cuidadores que han tenido varios suicidios en el centro y es enviada a Salud Mental.

Su percepción del régimen de tuteo del personal de la Residencia siempre discutiendo de permisos o bajas, de los olores los otros internos, de los discursos diarios en torno a infantiles querellas por espacios en la sala y el comedor o la degradación corporal del hoy mi intestino funciona mal pero mejor que tu riñón mañana. Su desesperanza y su incapacidad para soñar siquiera salir de allí como sé hacia en el manicomio por internos que tras 20 años de institución hablaban de salir mañana, me llevaron a pensar que los viejos horrores de las instituciones totales aun podían ser superadas.

En las charlas con Ana intento escuchar su discurso respecto al pasado y tratar de que la rememoración del tiempo pasado haga tolerable un presente que la incita a participar en una serie de infantilismos institucionales-terapias- que vive como humillantes: no le gustan los juegos de cartas, ni las terapias de mejora de memoria (una empleada lee noticias del periódico), ni las manualidades. En la terapia hablamos de algunas novelas sobre el magisterio español de post guerra (las había de letra grande con la ayuda de la lupa) y le dejo abierta la posibilidad de volver hablar conmigo cuando quiera a pesar del ritual de acompañamiento hasta el dispensario de Salud Mental por ambulancia y cuidadora que de nuevo resiente Ana como degradante.

La Familia del Viejo

Si la familia del psicótico joven es alejada por las modernas orientaciones psicopedagógicas sobre el papel de carga que el cuidado del esquizofrénico provoca, del estrés que ello supone y desde esas instancias pedagógicas se le enseña a no sobreimpliarse, ni sobreexpresar sentimientos en su relación de cuidado convirtiéndolo de familiar en un neoprofesional experto en el manejo de conductas psicóticas, la familia

del viejo no necesita ser exhortada a establecer esos límites que suele establecer de forma espontánea: la carga del viejo es repartida entre hijos y nueras según procesos de cálculo exhaustivo en que cargar lo menos posible con el anciano es la norma.

De todo ello fácilmente se colige que el modelo rehabilitador que se propone desde la psiquiatría a las familias para el psicótico joven es la vieja tradición que establece el deber de cuidados hasta que la muerte los separe: la familia es el lugar al que cuando se llega siempre se puede uno quedar. La ausencia de lugares para que el psicótico viva si se produce un rechazo familiar se explica en función de esa norma residual de la antigua moral familiar del lugar natural del psicótico en la familia mientras vivan sus padres.

Por el contrario los deberes de la familia para con el viejo representan la emergencia del emotivísimo individualista de la postmodernidad o el modelo de la familia en disolución: si “voy a meter a mi hijo en un centro psiquiátrico de por vida” suena como un enunciado que moralmente califica como malo a su emisor y que conviene justificar o ocultar, el “tuve que meter a mi madre a la residencia” es un dato cotidiano que todo el mundo acepta como normal.

Guiddens define nuestras sociedades más progresadas como Democracias Emocionales. En ellas se han producido el triunfo del emotivismo individualista que se representa a la pareja ya desde su formación bajo el compromiso de poder romper la relación de forma fácil, civilizada y dialogada cuando el sentimiento amoroso -tan volátil él- deje de unirlos.

El protagonista, el agente central de esa sociedad de la Tercera Vía⁹, es “el individuo calculador racional” que dotado de conductas racionales o calculadoras de origen económico transita por los escenarios interpersonales tratando de sacar el máximo beneficio afectivo de cada relación e invirtiendo el mínimo esfuerzo. En cada relación personal -de la cama al negocio- la conducta racional es protegerse de los gorriones -económicos o afectivos- y salir cada vez más “maduro e independiente” más enriquecido de cada interacción. Dependencia afectiva, sacrificio, grupos naturales o no electivos, cumplimientos de promesas transgeneracionales -cuidaré de ti, limpiaré tu viejo culo como tu limpiaste

el mío de niño- son antiguallas para esa ideología.

Antiguallas conductuales que por otro lado ningún psicoterapeuta suele aconsejar. Por el contrario la predica egoísta del "lo primero eres tú," la justificación del "no puede cuidarlo, sin enfermar tú de los nervios" y otras recetas de egoísmos sin culpa son counseling habituales de terapeutas que señalan ya un camino de aislamiento y asilo para los pacientes los que la enfermedad o la vejez transforman en heterónomos.

Rotos los viejos vínculos de la familia mas allá de la pareja sucesiva, ausente cualquier comunidad natural, solo la larga cadena de neo-instituciones de hogares ambulatorios o el asilo esperan al viejo psicótico o demenciado, que lejos de los cuidados familiares, dependerá cada vez mas de las atenciones mercenarias para vivir y morir sus últimos años entre desconocidos reagrupados en función de criterios administrativo-burocráticos organizados en torno a ese horror llamado vejez.

Sociedad y Asilo

Las viejas promesas de una sociedad acogedora para los pacientes mentales, para los diferentes ha sido substituido por unos grupos de población, por unas pseudocomunidades que tienen por lema de actuación frente a cualquier institución de cuidados la norma del: No en Mi Patio de Atrás¹⁰. Comenzó el fenómeno con imaginaciones sobre patología de la radioterapia sobre las poblaciones vecinas y la negativa de grupos vecinales a permitir la construcción de clínicas medicas con programas anticancerosos que aunque pudiesen salvar vidas -de otros-, podían ser unos riesgos para mí. Lejos ya de esas actitudes provocadas en una caritativa explicación sociológica en torno a los Prejuicios por una falsa información, los oscuros motivos reales de la Insolidaridad, los cálculos de egoísmo se evidenció cuando las clínicas o dispensarios rechazados violentamente por los vecinos tenían como función tratar a toxicómanos, enfermos mentales o aun asilos para moribundos.

En Gijón se han quemado por parte de vecinos un centro de dispensación de metadona hace pocos años¹¹. En idéntico sentido una popular y activa campaña de

resistencia a la asignación de un local para tratamiento toxicómano, han colocado dicha asistencia en un lugar social en ninguna parte: un autobús que reparte metadona por territorios no habitados.

Idénticas campañas vecinales surgen cuando se plantea donde construir un hospital para Crónicos Psiquiátricos. Lugar de construcción que termina por ser un secreto del gobierno para evitar la reacción popular que así muestra el nivel real de tolerancia a la diferencia.

En el colmo de la insolidaridad la instalación de un asilo para pacientes terminales proyectado por una animosa agrupación de voluntarios fue contestada por la asociación de vecinos de una rústica parroquia gijonesa con la queja que quizás sus terrenos retosños pudiesen traumarse al ver tanto entierro.

La discrepancia con las encuestas de opinión sobre los prejuicios sobre la enfermedad mental o la inutilidad de las campañas sobre el cambio de actitudes sobre la enfermedad mental -en varias de ellas fui coautor- consiste en que el rechazo que cualquier lugar de cuidados se situé en mi vecindario no responde a ningún prejuicio cognitivo, ni al miedo a la locura sino que es el producto del miedo a la rebaja de valor de mi propiedad por la proximidad de una institución de cuidados.

El soberano valor dinerario, -esa mala vida vendida como tiempo de trabajo para pagar la hipoteca de la casa- explica el fenómeno del No en Mi Puerta de Atrás mejor que cualquier otro factor psicológico o actitudinal en cuya detección o modificación los psi gastamos tanto tiempo.

De neurolépticos

La centralidad del uso de los neurolépticos en la practica psiquiátrica no corre pareja con su eficacia real como sustancia con un uso capaz de curar síntomas psicóticos o modular estados de animo, sino por el contrario con su papel de mercancía en un mundo subsumido en relaciones de cambio. De nuevo la vejez como grupo de población con altos consumos de fármacos representa un mercado apetitoso para una industria farmacéutica que utiliza al medico como intermediario: hasta ahí no hay sorpresas en las nuevas indicaciones de psicofármacos para unas poblaciones que anti-

guamente acumulaban contraindicaciones. Sorprende en cambio la debilidad del pensamiento psicopatológico, su falta de resistencia a ser barrido por los modernos sofismas de la psiquiatría biológica. Un termino tan central como neurosis para ordenar durante siglos las clasificaciones psiquiátricas ha sido reducido por el supuesto de que los ataques de angustia mejoraban con los antidepresivos resucitando y entronizando a nivel mundial la concepción de las "Neurosis como Enfermedades del Animo" que había formulado López Ibor hacía finales de los años 50.

Por mas que la experiencia clínica muestre lo inespecífico de los ataques de pánico y su carácter de "estación de paso"¹² hacia otras categorías, la comorbilidad sirve de salvavidas para continuar la Pax Psicopatologica y no reiniciar la necesaria discusión sobre la neurosis o la depresión neurótica en el punto que se abandono con la imposición de la DSM III.

En idéntico sentido la clasificación de las esquizofrénicas en tipos según respondan o no a los neurolepticos empobrece extraordinariamente la discusión psicopatológica y de nuevo condena a la insignificancia (la no significación) al discurso psicótico. Lejos entonces de buscar razones intrapsiquiátricas para el debate en los idiotismos profesionales -los juristas también creen que sus sentencias se basan en el derecho natural- las razones de la hegemonía de la psiquiatría biológica hay que buscarlas en el mercado farmacéutico donde aparecen y desaparecen productos en función de los flujos de dinero que generan y no de los intereses sanitarios.

La desaparición injustificada en el ámbito de necesidades clínicas de los imaos clásicos fue objeto de un estupendo artículo editorial de la AE de Psiquiatría Biológica¹³ en el que denunciaba lo poco probado que en el ámbito científico figuraba la superioridad de los nuevos antidepresivos respecto a los clásicos mas allá del marketing o los siempre dudosos efectos secundarios. Artículo que naturalmente pasó con escaso impacto que dice la jerga académica para señalar la poca atención prestada por el gremio psiquiátrico.

Mecenazgos, colonización del imaginario de los enfermos y sus familiares con la propaganda de lo nuevo -los atípicos neurolepticos, los antidepresivos de tercera

generación- obran milagros en un universo donde eficacia significa contestar o percibir al enfermo un poco mejor o un poco peor forzando la formalización en un Test de Hamilton. Y desde esa impresión subjetiva en un cuestionario que traduce en números esas nimiedades observacionales realizar las metáforas mas disparatadas sobre la objetividad del doble ciego es trabajo común a todos los propagandistas que dirigen nuestras vidas.

Equiparar esas medidas de observación pseudoclínica sobre la eficacia de tal neuroleptico con los criterios biológicos de eficacia de cualquier fármaco antifeccioso -tasa en sangre, reducción de imágenes lesionales- es más que un sofisma, una idiotez para los que se dejan engañar con la magia de la palabra doble ciego (he leído doble ciegos con placebos para enfermos en fase maníaca de un nuevo neuroleptico) Por ello los psicofármacos pueden ser fácilmente vendidos en función de ese valor de cambio que determina la elección subjetiva frente a los protocolos reales que exigen comprobaciones y criticas en pruebas de laboratorio.

La Razón Psiquiátrica

Que tipo de razón estamos utilizando en cada interacción es una pregunta que Habermans nos exhorta a hacernos en cada momento. En relación con objetos de ciencia física la razón instrumental y el objetivismo parecen inevitables. En sociología la tolerancia a la razón estratégica, a tratar a los hombres como objetos calculables también debe aceptarse.

Por el contrario en el mundo de la vida resistir esas razones es un deber ético para imponer esa razón comunicativa que conduzca a relaciones libres basadas en la no-coacción, en el consenso libre y en el no aceptar la inevitabilidad o la eternidad de relaciones asimétricas de dirigir la conducta de los otros.

La vieja psiquiatría sabía de ese carácter no científico-instrumental de su practica, de su carácter de oficio artesanal. Sabía también que de esa practica dialogada con la locura cabría obtener un saber abstracto, más cercano desde luego a la filosofía que a la ciencia físico-biológica sobre ese mundo de la vida no administrada. Saber que confirmaba que en la reflexión y el diálogo

con la locura se podían encontrar respuestas a las preguntas sobre el sentido de la vida.

Jaspers, en *Genio y Locura*, analizaba ese deslumbrante emerger de verdad que la locura producía en Hoderlein o Van Gogh. H. Ey descubría las fuentes y las brasas del deseo femenino en el barroco incendio del discurso histórico de Enma Bovary. Cooper o Goffman formulaban que tras la irracionalidad de la conducta psicótica frente a la familia esquizofrenogena se escondían estrategias de sobrevivir al pseudo-yo familiar o restos de resistencia en la oposición al manicomio de las viejas resistencias a las instituciones totales como el ejército, la cárcel o la escuela

La psiquiatrización y la biologización supusieron en cambio una especie de sumisión al mundo burocrático del Estado, al sentido común y al dictado de lo común respecto a que grupos de población atender y que rotular o desrotular como objeto psiquiátrico. ¿Qué los influyentes grupos gay de América decían que lo suyo no era patológico? se les saca de las clasificaciones psicopatológicas incluido el sadomasoquismo consensuado.

En la carrera por aparecer como psiquiatras no represivos se llegaba a pagar a prorateo social los consumos de drogas o las operaciones cosméticas de pseudocambio de sexo habitualmente letales a medio plazo.

¿Que los jugadores decían que lo suyo no era vicio sino enfermedad? un sitio en la clasificación de trastorno en el control de impulsos para ellos y por ahí a seguir cualquier dictado de asociaciones de familiares o asociación de enfermos

Esa docilidad al mercado y su mecenazgo o al estado y sus prebendas, desarmó al pensamiento psi del Interés Liberador en sentido Habermansiano por los temas radicales que subsisten en cada intervención diaria - ¿cuando algo no es un caso psiquiátrico?- en favor de un adaptacionismo que concilia muy bien el interés de todos los gremios psi: siempre hay un eje clasificatorio para intervenir con neurolepticos, psico o socio terapia que da trabajo al psiquiatra, al psicólogo o a la trabajadora social.

La incapacidad de la practica psiquiátrica para aguantar una cierta disonancia cognitiva como hacen los clérigos por ejemplo y seguir al menos una reflexión radical a

pesar de llevar una practica adaptacionista o participar de prebendas o tarugos, marca el empobrecimiento de los consensos psiquiátricos que substituyen la normal discusión de paradigmas.

Ello supone un olvido de lo que es el pensamiento: libertad en relación con lo que uno hace. Pensar es esa operación mediante la cual uno se separa de su Si Mismo como actor y de su objeto de trabajo y reflexiona sobre ello como problema.

Racionalizar las actuales practicas psiquiátricas como inevitables y aceptar cumplir el mandato social -tratar como objetos psiquiátricos las quejas mas peregrinas- supone de hecho aceptar una razón instrumental que perpetuó la tecnocracia y las razón estratégica a perpetuidad

Pasar La Cita

La derrota del pensamiento critico en psiquiatría es mas que evidente. El esquizofrénico como carga familiar, las mitologías genético serotoninergicas y las clasificaciones de inconfundible aroma americano son hoy hegemónicas.

Así todo, recordar los viejos paradigmas despsiquiatrizadores supone no borrar la huellas de la resistencia, no aceptar la naturalización o eternidad de ese modelo ecléctico hoy dominante.

Recordar la Mixtificación, los dobles vínculos, las instituciones totales, los grupos antiinstitucionales, las practicas antipsiquiátricas, supone negar lo natural o lógico de las actuales teorías psi: solo con el consentimiento y el abandono de los viejos intereses en practicas liberadoras se logró la actual paz epistemológica y la división del gremio psiquiátrico en reaccionarios o reformistas para encubrir las peleas de las elites por mandar a la sombra de unos partidos políticos que como los Holligans tienen que inventar narcisismos de pequeñas diferencias para encubrir sus parecidos.

Pasar a los que llegan de nuevas al mundo psi, esa memoria sobre historias de resistencias antes que las practicas de sus roles les hielan el corazón es la única esperanza de los que como yo carecemos del deseo de reconciliarnos con una realidad que lejos de ser sinónimo de razón constituye su más evidente negación.





Bibliografía:

1. De Miguel, A. *No se Cumplió*. Ed. Nobel Oviedo. 2000 Oviedo
2. *La Miseria del Historicismo*. Alianza Editorial, 1965. Madrid
3. *La Gobernabilidad*. La Piqueta 1987 Madrid
4. *Informe sobre la Población Anciana en Asturias*. Arcadio Iglesias. Departamento de GEOGRAFIA. Universidad de Oviedo. 1998
5. La enfermedad y su doble. Anagrama Barcelona 1969
6. Rendueles, G. *Cronicidad en Psiquiatria* Tesis Doctoral Universidad de Cadiz 1982
7. *Anales de Psiquiatria* .vol17 ,6 , Edición Aran Madrid 2001
8. Geronto- psiquiatrie. Masson 1970 Geneve
9. Agiddens. *La tercera Via*. Turus 1999 Madrid.
10. Biopolítica Aheller Peninsula 1995 Barcelona
11. El Comercio. Gijón, Octubre 1987
12. Todos los textos de Tyrer y en especial su *Classification of Neurosis Chichester* 1989 me parecen interesantes
13. Vallejo, J. Viejos y nuevos antidepresivos en un mundo hedonista *Psiquiatria Biológica* 1999. del mismo autor y en la misma revista: El futuro del tratamiento de la depresión y el efecto rombo.1998